

海外渡航前新型コロナウイルス感染症PCR検査 問診票

※ 太枠内を受診当日に記入し、お持ちください。

氏名	様	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
ローマ字氏名 (パスポートと同様の表記)			
住所			
電話番号 ※1		パスポートNo	
保護者氏名 ※2		検査日	年 月 日

※1 再検査が必要となった場合や陽性反応が出た場合にご連絡しますので当日連絡が取れる電話番号を記入してください。

※2 検査希望者（渡航者）が未成年の場合、保護者の氏名をご記入ください。

質問事項		解答欄	
①	本日、発熱がありますか？ ※37.5℃以上の発熱がある方は検査を受診できません	はい	いいえ
②	2週間以内に、解熱剤を服用しましたか？ ・服用した時間（ 日前 もしくは 時間前）	はい	いいえ
③	感冒症状(咳、鼻水、のどの痛み、息苦しさ)はありますか？ ・いつ頃から（ ）	はい	いいえ
④	味覚・嗅覚症状(味やにおいがしない)はありますか？ ・いつ頃から（ ）	はい	いいえ
⑤	強い体のだるさがありますか？ ・いつ頃から（ ）	はい	いいえ
⑥	下痢等の消化器症状はありますか？ ・いつ頃から（ ）	はい	いいえ
⑦	検査日より4週間以内に新型コロナウイルス感染症、またはその疑いと診断された人と近距離での会話等の接触をしましたか？ ・いつ（ ） ところで（ ）	はい	いいえ

検査前の体温

℃

※必ず「海外渡航前新型コロナウイルス感染症のPCR検査注意事項」をお読み下さい。

注意事項について確認しました (本人サイン) _____